

Menstruazio aurreko sintomak eta tratamendua gure inguruko emakumeengan

(Premenstrual symptoms and treatment in women around us)

Nerea Sáinz, Guadalupe Rivero*

Farmakologia Saila, Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea.
Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU), Leioa

LABURPENA: Menstruazio aurreko sindromea (MAS) obulazioarekin batera ziklikoki agertzen diren sintoma somatiko eta afektiboen multzoari deritzo. Fisiopatologia guztiz ezaguna ez den arren, sexu-hormonaren eta serotoninaren garrantzia proposatu da. Sintoma arinak dituzten emakumeentzat psikoterapia eta neurri ez-farmakologikoak gomendatzen dira. Sintoma larriagoen tratamendua dira serotoninaren birxurgapenaren inhibitzaile selektiboak (SBIS) eta ahozko antisorgailu konbinatuak (AAK). Gure inguruan MASaren prebalentzia eta sintoma horiei ematen zaien tratamenduaren inguruan datuak biltzeko gauzatu da ikerketa-lan hau. Galdetegi anonimo baten bidez, 118 emakumeren erantzunak lortu ziren. Laginaren erdiak baino gehiagok (% 61) egin zion kontsulta medikuari menstruazio aurreko sintomak zirela eta, baina MAS diagnostikoa % 8k izan zuen soilik. Laginaren % 18k hartu zituen gogo-aldartearen hobetzeko farmakoak, baina soilik horien % 5ek izan zen MASa hobetzeko helburuarekin. Ahozko antisorgailuen erabilera zabalagoa izan zen (emakume guztien % 48a), nahiz eta soilik % 33k hartu MASa hobetzeko. Menstruazio aurreko sintomei buruzko kontsulta egin zutenen artean, gogo-aldartearen hobetzeko farmako eta antisorgailuen erabilera % 24 eta % 60koa izan zen, hurrenez hurren. Sintomen hobekuntzari begira, gogo-aldartearen hobetzeko farmakoak hartu zituztenen % 24k eta antisorgailuak hartu zituztenen % 58k bere sintomak hobetu zituen. Emaizten araberak, emakume askok dituzte kezak menstruazio aurreko sintomei dagokienez. Hala ere, diagnosi-tasa baxuak mugatu lezake tratamendu egokien eskuragarritasuna. SBISak MASaren tratamendurako lehen aukera diren arren, gure laginaren sintomen arintzeko ahozko antisorgailuen preskripzioa gailendu zen, eta pazienteek aurkezten zituzten sintomak hobetu zituzten gogo-aldartearen hobetzeko farmakoek baino hobeto. Ikerketa-lan honek, bere mugak dituen arren, gure inguruko MASaren diagnostiko eta tratamenduari buruzko informazioa biltzen du. Interesgarria litzateke lehen arretako profesionalen MASaren inguruko ezagutza neurtzea eta diagnostiko eta tratamendu estandarizatuak dituzten ezagutzea.

GAKO-HITZAK: menstruazio aurreko sindromea, ahozko antisorgailu konbinatuak, serotoninaren birxurgapenaren inhibitzaile selektiboak.

ABSTRACT: Premenstrual syndrome (PMS) refers to the somatic and affective symptoms that appear cyclically with ovulation. Although not completely known, sex hormones and serotonin seem to play a role in its pathophysiology. Psychotherapy and non-pharmacological measures are recommended for mild symptoms. Treatment of more severe symptoms includes selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and combined oral contraceptives (COCs). This work investigated the prevalence of PMS in our area and the treatment given to these symptoms. 118 women answered an anonymous questionnaire. 61% of the sample had consulted a doctor because of premenstrual symptoms, but only 8% had a PMS diagnosis. 18% of the sample took mood enhancing drugs, but only 5% took them with the aim of improving PMS. The use of oral contraceptives was wider (48% of all women), although only 33% took them to improve PMS. Among those who had inquired about premenstrual symptoms, mood enhancing drug and contraceptive use were 24% and 60%, respectively. Symptoms improved in 24% and 58% of those who took mood enhancing drugs and contraceptives, respectively. Thus, many women are concerned about premenstrual symptoms, but few are diagnosed, which may prevent access to appropriate treatment. Although SSRI are considered first-line PMS treatment, prescription of oral contraceptives prevailed for the relief of symptoms in our sample, and improved symptoms better than mood enhancing drugs. Despite its limitations, this work gathers important information about PMS in our area. Future work should measure PMS knowledge, and the availability of standardized diagnosis and treatment among primary care professionals.

KEYWORDS: Premenstrual syndrome, Combined oral contraceptives, Selective serotonin reuptake inhibitors.

* **Harremanetan jartzeko/Corresponding author:** Guadalupe Rivero, Farmakologia Saila, Medikuntza eta Erizaintza fakultatea, UPV/EHU, Leioa (Bizkaia).  <https://orcid.org/0000-0002-2537-4047>, guadalupe.rivero@ehu.eus

Nola aipatu/How to cite: Sáinz, Nerea; Rivero, Guadalupe (2025). «Menstruazio aurreko sintomak eta tratamendua gure inguruko emakumeengan», *Ekaia*, 48, 2025, DOI: <https://doi.org/10.1387/ekaia.27128>

Jasoa: azaroak 27, 2024; Onartua: ekainak 13, 2025

ISSN 0214-9001-eISSN 2444-3225 / © UPV/EHU Press



Lan hau Creative Commons Aitortu-EzKomertziala-PartekatuBerdin 4.0 Nazioartekoa lizentzia baten mende dago

1. SARRERA

1.1. Menstruazio aurreko sindromearen definizioa eta diagnostikoa

Menstruazio aurreko sindromea (MAS) deritzo obulazioarekin batera ziklikoki agertzen diren sintoma afektibo eta sintoma somatikoen multzoari, zeinek disfuntzioa eragiten baitute emakumearen eguneroko jardueran. Sintoma horiek menstruazio-zikloarekin erlazionatzeko, obulazioaren ondoren hasi eta menstruazioa hasi eta egun batzuetara desagertu behar dira gutxienez bi ziklo jarraietan [1].

Sintomen espektroa oso zabala da, larritasunean aldakorra, ezberdina pertsona batetik bestera, eta espezialitate mediko anitzetan hedatzen da, bizitzako alderdi guztietan eraginez [2]. Sintomen prebalentzia aldatu egiten da ikerketaren arabera. Hala ere, sintoma somatikoen partean, oro har, abdomeneko hanturak eta minak erakutsi dute maiztasun handiena [3, 4, 5]. Oso prebalenteak dira bularretako sentikortasun handitua, buruko mina eta neke orokortua ere [3, 4, 6]. Sintoma afektiboen artean, antsietatea, suminkortasuna, interes-galera eta sintoma depresiboak agertzen dira gehien [3, 4, 5, 6].

Orokorrean, sintoma arinak eta neurrizkoak dituzten emakumeen artean sintoma somatikoak dira nagusi; sintoma larrienak dituztenen artean, ordea, gogo-aldartearen sintomak gailentzen dira. Gainera, arreta mantentzeko arazoak ere sor ditzake, ikasleen eta langileen artean egindako ikerketa baten arabera [3, 7]. Adinari dagokionez, badirudi sintoma larrienak 25 eta 35 urteko emakumeek dituztela [3, 5]. MASak eguneroko bizitzan eragin negatiboa izan dezake, eguneroko bizitza eta harreman pertsonalak mugatuz.

Prebalentzia oso aldakorra da ikerketen artean; badira % 5,3ko prebalentzia erakutsi dutenak eta % 62,5ekoa determinatu dutenak [8, 9]. Ikerketen arteko lagin-populazio heterogeneoak, estandarizatutako irizpide diagnostikoen falta eta atzera begirako galdeketen subjektibotasun handia izan daitezke horren erantzule [10].

Ameriketako Ginekologia eta Obstetrizia Eskolaren MASaren diagnostikorako irizpideen arabera, emakumeak menstruazio aurreko bost egunetan gutxienez hauetako sintoma somatiko edota afektibo bat aurkeztu beharko luke, aurreko hiru zikloak atzera begira aztertuz gero:

- *Sintoma afektiboak*: haserrealdiak, antsietatea, nahasmendua, depresioa, suminkortasuna eta sozializazio eza.
- *Sintoma somatikoak*: hantura abdominala, bular-hantura edo -tentsioa, buruko mina, muskulu eta giltzaduren mina, gorputz-adarren hantura, pisua handitzea.

Sintoma horiek ez lirateke zikloaren 13. eguna baino lehenago hasi behar, eta desagertu egin beharko lirateke menstruazioa hasi eta lau egunetara. Sintomen aurrera begirako erregistroa egin behar da hurrengo bi zikloetan zehar. Pazienteak disfuntzio nabaria izan behar du gizarte-mailan, eskolan edo lanean. Gainera, edozein farmako, hormona, droga edota alkoholaren kontsumoa baztertu behar da [1].

Ameriketako Psikiatria Elkarteak MASaren aldaera larria den Menstruazio Aurreko Desoreka Disforikoa (MADD) DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) sartzea erabaki du liburuaurren 5. edizioan, depresio-nahasteen barruan. Haren diagnostikorako DSM-V liburuan argitaratutako irizpideak bete behar dira [11]. MAS diagnostikorako sintoma afektiboak aurkeztea ez da beharrezkoa, baina MADD diagnostikoa egiteko, gaixotasun psikiatrikoa denez, ezinbestekoak dira.

MASa eta MADDa ondoez psikologikoarekin, umore-nahasmenduekin eta, bereziki, desoreka depresibo eta depresioa larriagotzearekin erlazionatuta daude. Hala ere, batzuetan MADDaren eta depresioaren arteko bereizketa ez da oso argia, eta sintoma batzuk bi desoreka horien diagnostiko-irizpideen artean aurki ditzakegu, hala nola aldarte deprimitua, etsipenezko sentimendua, ohiko jardueretikiko interes murriztua, kontzentrazio-zailtasunak eta energia eza. Depresioaren eta MAS/MADDaren arteko erlazioari buruzko ikerketa mugatua da, eta, askotan, emakume horiek ez dute tratamendu egokia jasotzen. Hortaz, ezinbestekoa da horren inguruan aztertzea haien bizi-kalitatea hobetu dadin [11].

MASa zein MADDa diagnostikatzeko biomarkatzailerik ez dagoenez, beharrezkoak dira sintomen sailkapenerako praktika klinikoan balioztatutako eskalak [12]. Galdeketa prospektiboak dira egokienak, hala nola *The Daily record of Severity of Problems (DRSP)*, ‘Eskala Bisual Analogikoak’ (*Visual analog scales, VAS*) edo *The Premenstrual Tension Syndrome Rating Scale* tresnak [13].

1.2. Menstruazio aurreko sindromearen jatorria

MASaren etiopatogenia guztiz ezaguna ez bada ere, badaude MASaren maiztasunari eta larritasunari eragiten dioten zenbait faktore. Antsietatea eta depresioaren diagnostikoa izatea MASarekin erlazionatuta dago [3, 4, 14]. Zenbait ikerketaren arabera, iraganeko edota oraingo nahasmendu psikiatrikoen prebalentziak, bereziki depresioa, esanguratsuki altuagoak dira MASa duten emakumeen artean [4, 15]. Identifikatutako beste arrisku-faktoreak dismenorrea, hipermetrorragia eta hilekoaren iraupen luzea (aste bat baino gehiagoko iraupena) [16], eta gorputz-masa indize altua (>30) dira, besteak beste [3, 14, 17].

Hainbat hipotesi proposatu diren arren, MASaren zein MADDaren etiologia ez da guztiz ulertzen. Hipotesi ezagunena esteroide gonadal zirkulatzaileen fluktuazioan oinarritzen da. Ildo horri jarraituz, obulazioaren supresioak MASaren hobekuntza eragin dezakeela behatu da, hormonon kontzentrazio egonkorrak lortzeari esker [10, 16, 18, 19, 20]. Hala ere, MASa pairatzen duten emakumeen odoleko progesterona- eta estrogeno-kontzentrazioak ez dira MASa pairatzen ez dutenen ezberdinak. Aldiz, MASa pairatzen duten emakumeak hormonon kontzentrazioen aldaketa normalen aurrean sentikorrangoak izan daitezkeela proposatu da [16, 18]. Hori azaltzeko, hormonon eta neurotransmisore ezberdinen arteko elkarrekintza ezberdina izan daitekeela proposatu da MASa pairatzen duten emakumeengan.

Errenina-angiotentsina sistema, beta-endorfina, azido gamma-amino-butiriko (GABA) eta nerbio-sistema autonomoaren parte-hartzeaz gain, gaur egungo ikerketek serotoninaren papera nabarmentzen dute MASaren patogenesisian [18]. Izan ere, hainbat ikerketatan ikusi da MASa pairatzen duten emakumeek odoleko serotonina eta haren metabolitoen maila baxuagoak dituztela zikloaren fase luteoan; hots, obulazioaren eta menstruazioaren arteko zikloaren fasean [18]. Gainera, serotoninaren birxurgapenaren inhibitzaile selektiboak (SBIS), garuneko serotonina-maila handitzen dutenak, MASa eta MADDa tratatzeko farmako eraginkorrenetakoak dira [22].

1.3. Tratamendua

MASaren tratamendua banan-banakoa da, eta sintomen ezaugarrien eta emakumearengan duen eragin aldakorren menpe dago [2]. Orokorrean, sintoma arinak dituzten edota farmakoterapia baztertzten duten pazienteentzat psikoterapia eta neurri ez-farmakologikoak gomendatzen dira. Sintoma larrien kasuan, ordea, ebidentzia erakutsi duten farmakoak SBISak eta ahozko antisorgailu konbinatuak (AAK) dira [errebisio baterako, ikus 10].

1.3.1. Serotoninaren birxurgapenaren inhibitzaile selektiboak

Saio kliniko aleatorizatu ugaritan oinarritutako ebidentziak erakusten du SBISak eraginkorrak direla MASaren eta MADDaren tratamenduan [10], bai modu jarraituan bai soilik hilekoaren zikloaren fase luteoan hartzen direnean. Beste farmako psikotropikoentzat, hala nola serotoninaren eta noradrenalinaren birxurgapenaren inhibitzaileak eta bentzodiazepinak, ebidentzia urriagoa litzateke.

SBISen MASerako erabilera terapeutikoa antsietatean eta depresioan eragiten duten mekanismo ezberdinen ondorioz gertatzen dela iradoki izan da. Izan ere, depresioaren eta antsietatearen tratamenduan ez bezala, non eragin antidepresiboak gutxienez 4-6 asteko tratamendua behar baitu,

MASean sintomen aurkako eragina azkarra da eta dosi nahiko baxuetan lortzen da eragina. Gainera, SBIS batzuek, adibidez sertralinak, eraginkortasuna frogatu dute modu jarraituan zein fase luteoan edota sintomen hasieran gertatzen denean soilik hartzen direnean [12]. Ildo horretan, SBISek progesteronaren metabolitoa den alopregnanolonaren sintesia modula deza-ketela proposatu da [10].

1.3.2. *Ahozko antisorgailu konbinatuak*

Ahozko antisorgailu konbinatuak (AAK) eraginkorrak dira hilekoaren zikloaren sintoma somatikoak tratatzeko, hala nola dismenorrea eta menorragia. Hala ere, AAKek hilekoaren aurreko sintoma afektiboetan duten eraginari buruzko datuak ez dira sendoak [10]. Asoziazio-ikerketek koerlazio handia aurkitu dute AAKen erabileraren eta MASaren artean. Hori jakinda ere, ezin da ondorioztatu AAK MASaren eragile ziren edo MASaren erlazionatutako beste sintoma batzuk tratatzeko (dismenorrea, besteak beste) erabiltzen ziren [16].

Estatu Batuetako Elikagaien eta Sendagaien Administrazioak (*Food and Drug Administration*) MADDaren tratamendurako AAK bakarra onartzen du; etinestradiolarekin konbinatutako drospirenona, progesteronaren eratorria eta eragin antimineralokortikoide eta antiandrogenikoa duena. Ikerketek frogatu dute etinilestradiolaren eta drospirenonaren konbinazioak, MADDaren sintomak, afektiboak barne, hobetzen dituela [10]. Progesterona isolatuaren erabilera ere frogatu izan da. Ebidentziak hain sendoak ez diren arren, progesteronaren formulazio zehatzek sintomak arintzearen aldeko emaitzak aurkeztu dituzte [10].

1.3.3. *Besteak*

MASaren tratamendurako honako hauek proposatu eta ikertu dira: psikoterapia, bereziki terapia kognitibo-konduktuala (CBT, ingelesezko sigletan), ariketa fisiko erregularrak [14], dieta osasuntsua jarraitzea [2, 23, 24], burdina, kaltzio eta D bitamina, magnesio eta B6 bitamina gehigarriak [25, 26], azido linoleikoan aberatsa den onagra olioia (*Oenothera biennis*) eta espironolaktona bezalako diuretikoak [10]. Neurri kirurgikoak (hala nola, histerektomia) azken aukera izango lirateke sintoma oso larri eta errefraktarioak dituzten emakumeentzat [27].

2. **HELBURUAK**

MASaren prebalentzia oso aldakorra da ikerketaren eta ikertutako populazioaren arabera. Askotan, infradiagnostikatuta dagoen entitatea da, eta tratatu ezean disfuntzioa eragin dezakeen patologia [16, 28]. Bu-

rututako ikerketen arabera, emakume askok MASak ez duela tratamendurik behar pentsatzen dute [4], edota diagnostikorik eta profesionalen laguntzarik gabe hartzen dituzte neurriak [2]; beharbada, emakume askok dismenorrea eta umore-aldaketak normaltzat jotzen dituztelako izango da.

Gure inguruan menstruazioaren inguruan agertzen diren sintomen eta MASaren diagnostiko eta tratamenduaren inguruan datuak biltzeko gauzatu da lan hau.

- Lehen helburua EHUKo langileen eta ikasleen artean MASaren prebalentzia ezagutzea izan zen, literaturan zehaztu denarekin bat datorren jakiteko.
- Bigarren helburua, berriz, MASarentzat gure inguruan zein tratamendu farmakologiko eta ez-farmakologiko preskribatzen den aztertzea eta emakume erabiltzaileen pertzepzioa haien efektuaren inguruan ezagutzea.

3. METODOAK

3.1. Galdetegia eta parte-hartzaileak

Ikerketaren helburuen arabera, 10 galdera planteatu ziren. Galdetegi guztiz anonimoa diseinatu zen *Microsoft Forms* plataforman; 5 minutu baino gutxiagoan betetzen zen, eta euskaraz zein gazteleraz erantzun zitezkeen. Galderak planteatzeko orduan, gai sentiberen inguruko galderak saihestu egin ziren. Adibidez, sintoma zehatzei buruz galdetzea saihestu zen, eta, *depresio* edo *antidepresibo* hitzen ordez «gogo-aldartearen hobetzeko farmakoak» erabili zen eta horien adibideak eman. Ikerketa hau gauzatu ahal izateko, EHUKo Gizakiekin lotutako Ikerketetarako Etika Batzordearen (GIEB) oniritzia eskatu zen, eta «*Inplikazio etiko ez garrantzitsuak dituzten AITak egiteko ziurtagiria*» lortu zen, «*Inkesta/galdetegi anonimo*» motakoa.

Errekrutatzekeo mezua EHUKo komunitatean hedatzeko EHU-taulan eskegi zen, eta EHUKo zenbait *WhatsApp* taldetatik ere banatu zen. Inkesta 118 emakumek erantzun zuten; lehen emaitza 2023ko abenduaren 12an jaso zen, eta azkena 2024ko otsailaren 6an.

Galdetegia

1. Adina:

- 18-24 urte.
- 25-35 urte.
- >35 urte.

2. Noizbait egin al duzu medikuarenean kontsultarik, menstruazioarekin batera agertzen diren sintoma fisiko zein psikikoengatik?
3. Noizbait diagnostikatu al dizute menstruazio aurreko sindromea (MAS)?
4. Noizbait hartu al duzu gogo-aldartea hobetzen duen medikaziorik (adibidez, fluoxetina, zitalopram, sertralina, paroxetina, eszitalopram...)?
5. eta 6. galderak erantzun, soilik, 4. galderaren erantzuna baiezkoa izan bada:
5. Zein medikazio hartu duzu?
6. Zein izan zen medikazio hori hartzeko arrazoia? Erantzun bat baino gehiago aukeratu daitezke:
 - Medikuak agindu zidan menstruazio aurreko sintomak hobetzeko.
 - Medikuak agindu zidan beste arrazoi batzuegatik.
 - Nire kabuz hartzea erabaki nuen.
7. Noizbait hartu al duzu aho bidezko antisorgailurik?:
8. eta 9. galderak erantzun, soilik, 7. galderaren erantzuna baiezkoa izan bada:
8. Zein izan zen medikazio hori hartzeko arrazoia?:
 - Medikuak agindu zidan menstruazio aurreko sintomak hobetzeko.
 - Medikuak agindu zidan beste arrazoi batzuegatik.
 - Nire kabuz hartzea erabaki nuen.
9. Menstruazio aurreko sintomak hobetzeko zein beste helbururen batekin aurretik aipatutako medikazioak hartu dituzunean, hobekuntzarik nabaritu al duzu menstruazio aurreko sintomei dagokienez?:
 - Bai, gogo-aldarterako farmakoak hartzean.
 - Bai, aho bidezko antisorgailuak hartzean.
 - Bai, biak hartzean.
 - Ez nuen hobekuntzarik sumatu.
 - Ez dut inoiz sintomarik izan.
 - Ez nuen tratamendua agindu zidaten moduan hartu.
10. Menstruazioarekin batera agertzen diren sintomen edo menstruazio aurreko sintomen tratamendurako, honako hauetakoren bat agindu al dizute inoiz?:
 - Psikoterapia.
 - Ariketa fisikoa.
 - Dietoterapia (dieta bat jarraitu).
 - Burdin gehigarriak.

- Fitoterapia.
- Onagra olioia.
- Progesterona.
- Kaltzio, magnesio edota vitamina B6 gehigarriak.
- Espironolaktona.
- Besterik.

3.2. Datuen interpretazioa

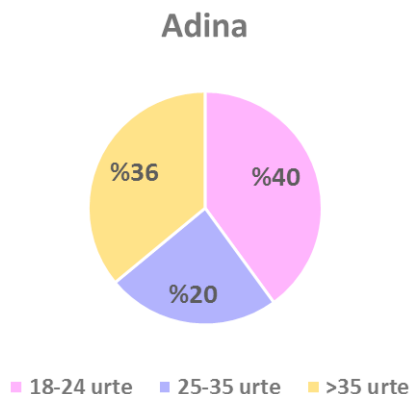
*Microsoft Forms*en bidez egindako inkestaren erantzunak Excel orri batean esportatu ziren. Maiztasunen kalkuluak (%) eta datuen irudikatzeko grafikoak (zirkularrak zein zutabeka) Excelekin egin ziren.

Gaiaren alderdi nagusiak ezagutu, galdetegiaren diseinu egin, eta datuen interpretaziorako bilaketa bibliografikoa gauzatu ziren. Bilaketa egiteko, *PubMed* datu-basea, *Cochrane* liburutegia eta psikiatriako DSM-V liburua erabili ziren. Ingeleseztan eta gaztelaniaz idatzitako artikulak aukeratu ziren.

4. EMAITZAK

4.1. Laginaren adin-banaketa

Guztira 118 emakumek erantzun zuten. Galdetegian ezarritako adin-tarteen banaketa 1. irudian ikus daiteke.

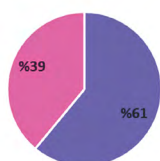


1. irudia. Adinaren araberrako ikerketa-laginaren banaketa.

4.2. MASaren prebalentzia gure laginean

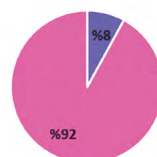
Gure inkestaren arabera, laginaren erdiak baino gehiagok (% 61) egin zuen kontsulta medikuarenean menstruazio aurreko sintomak zirela eta (2.A irudia). Hala ere, MAS diagnostikoa laginaren zati txiki batek, % 8k (9 emakumek), soilik izan zuen (2.B irudia). Menstruazio aurreko sintomei buruzko kontsultarik egin ez zutenen artean, batek ere ez zuen MAS diagnostikorik izan. Adin-tartearen arabera banaketa 1. taulan ikus daiteke.

A. Noizbait egin al duzu medikuarenean kontsultarik menstruazioarekin batera agertzen diren sintoma fisiko zein psikikoengatik?



■ BAI ■ EZ

B. Noizbait diagnostikatu al dizute menstruazio aurreko sindromea (MAS)?



■ BAI ■ EZ

2. irudia. Ikerketa-lagineko emakumeen artean menstruazioarekin batera agertzen diren sintomengatik medikuarenean kontsulta egin duten emakumeen ehunekoa (A) eta MASaren diagnostikoa jaso duten emakumeen ehunekoa (B).

1. taula. Medikuarenean kontsulta egin eta MAS diagnostikoa jaso zuten emakumeen banaketa adinaren arabera.

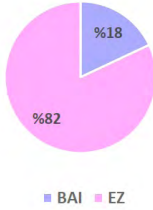
	Medikuarenean kontsulta egin menstruazioarekin batera agertzen diren sintoma fisiko zein psikikoengatik	MAS diagnostikoa
18-24 urte	% 46	% 0
25-35 urte	% 64	% 10
>35 urte	% 74	% 13

4.3. Tratamendu farmakologikoaren erabilera

4.3.1. Gogo-aldartea hobetzeko farmakoak

Gure inkestaren arabera, emakumeen % 18k hartu zituen gogo-aldartea hobetzen duten farmakoak (3.A irudia). Farmakoak hartzeko arrazoia aztertzerakoan, gehiengoak (% 86) «Medikuak agindu zidan beste arrazoi bazuengatik» erantzun zuen. Aldiz, soilik % 9k hartu zituen medikuak aginduta MASa hobetzeko (3.B irudia).

A. Noizbait hartu al duzu gogo-aldartearen hobetzen duen medikaziorik?



B. Zein izan zen gogo-aldartearen hobetzen duen farmakoa hartzeko arrazoia?



3. irudia. (A) Ikerketa-lagineko emakumeen artean gogo-aldartearen hobetzeko farmakoak hartu zituzten emakumeen ehunekoa. **(B)** Gogo-aldartearen hobetzeko farmakoak hartzeko arrazoiak.

Hartutako farmakoen artean kontsumituenak sertralina, ezitalopram, fluoxetina eta zitalopram (denak SBIS taldekoak) izan ziren, hurrenez hurren. Ondoren, gutxiago hartu zituzten bentzodiazepinak, paroxetina (SBIS) eta desvenlafaxina (SNBI) (2. taula). Zenbait emakumek gogo-aldartearen hobetzen dutenen artean sailkatzen ez diren farmakoak ere aipatu zituzten, hala nola antiinflamatorio ez-esteroideoak (AIEE) eta opiazeoak.

2. taula. Inoiz gogo-aldartearen hobetzeko farmakoak hartu dituzten emakumeek hartutako farmako zehatzak eta farmakoa hartu zuten emakume kopurua.

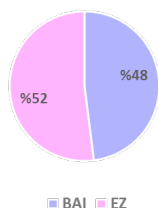
Farmakoa	Emakume kopurua
Sertralina	6
Eszitalopram	5
Fluoxetina	4
Zitalopram	3
AIEE*	3
Benzodiazepinak**	2
Paroxetina	1
Opiazeoak (papaverina)*	1

3 emakumek farmako bat baino gehiago hartu zuten, eta farmakoak independenteki gehitu dira dagokien lekuan: emakume batek eszitalopram eta sertralina hartu zituen eta 2 emakumek fluoxetina eta sertralina. * AIEE, antiinflamatorio ez-esteroideoak eta opiazeoak ez dira gogo-aldartearen hobetzen duten farmakoen artean sailkatzen. ** Benzodiazepinak MADD kasu errefraktarioetan gomenda daitezkeen arren, ez dira lehen le-rroko farmakotzat hartzen.

4.3.2. Aho bidezko antisorgailuak

Egindako inkestaren arabera, emakumeen % 48k, hau da, ia erdiak hartu ditu noizbait aho bidezko antisorgailuak (4.A irudia). Farmako horiek hartzeko arrazoia, gehienbat, medikuak beste arrazoiaren batengatik agindu izana izan zen (% 51) (4.B irudia).

A. Noizbait hartu al duzu aho-bidezko antisorgailurik?



B. Zein izan zen aho-bidezko antisorgailuak hartzeko arrazoia?



4. irudia. (A) Ikerketa-lagineko emakumeen artean aho bidezko antisorgailuak hartu zituzten emakumeen ehunekoa. (B) Aho bidezko antisorgailuak hartzeko arrazoia.

Menstruazioarekin erlazionatutako sintomengatik kontsulta egin edota MAS diagnostikoa dutenen emakumeen azpipopulazioari begira, oro har, gogo-aldatea hobetzeko farmakoen kontsumoa aho bidezko antisorgailuena baino baxuagoa izan zen (4. taula). Aho bidezko antisorgailuak hartu zituztenen artean, % 44k MASa tratatzeko hartu zituzten, % 33k beste arrazoi batzuegatik eta % 11k bere kabuz hartzea erabaki zuen.

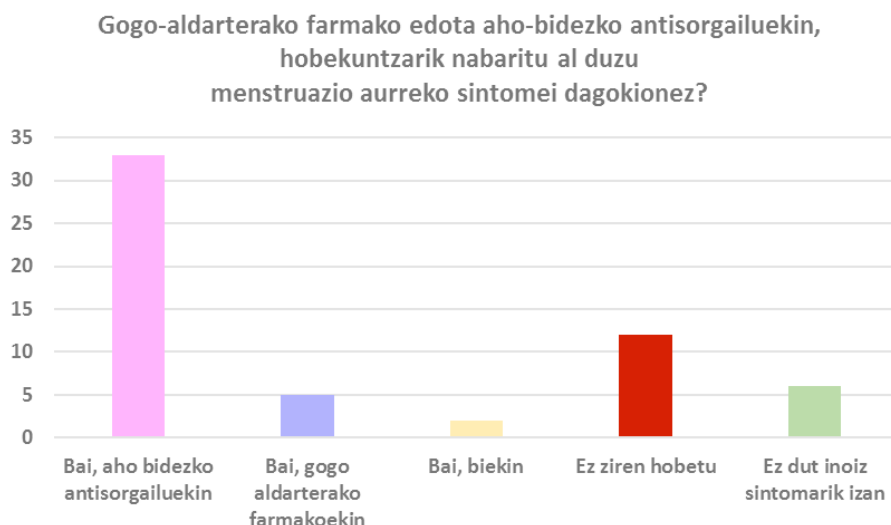
4. taula. Gogo-aldatea hobetzeko farmakoen eta aho bidezko antisorgailuen kontsumoa, menstruazioarekin batera agertzen diren sintomengatik medikuarenean kontsulta egin eta MAS diagnostikoa duten emakumeen artean.

	Medikuarenean kontsulta menstruazioarekin batera agertzen diren sintoma fisiko zein psikikoengatik (n = 72)	MAS diagnostikoa (n = 9)
Gogo-aldatea hobetzeko farmakoak noizbait hartu	% 24	% 33
Ahozko antisorgailuak noizbait hartu	% 60	% 89

MAS diagnostikoa zuten 9 emakumeetatik 2 emakumek sertralina hartu zuten, eta emakume batek diazepam.

4.3.3. Sintomen hobekuntza gogo-aldartearen hobetzeko farmako eta aho bidezko antisorgailuekin

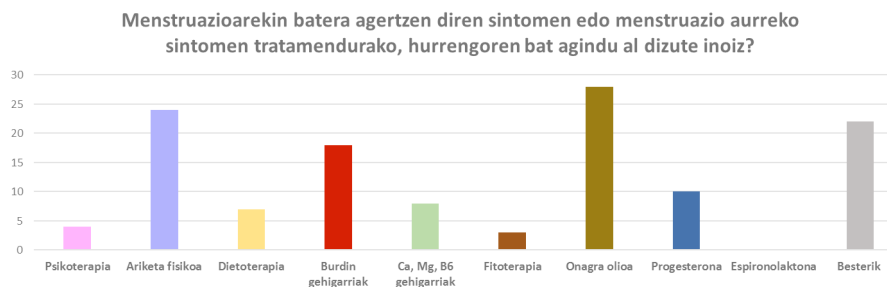
Egindako ikerketako inkestan sintomen hobekuntzari buruz galdetzean, gehienbat aho bidezko antisorgailuekin lortu zen MASaren hobekuntza (33 emakume, aho bidezko antisorgailuak hartu zituzten emakumeen % 58a). Gogo-aldarteko farmakoen bidez, ordea, emakume gutxiagok lortu zuen MASaren hobekuntza (soilik 5 emakumek erantzun zuten baietz). 2 emakumek esan zuten biek nabaritu zutela hobekuntza, eta 12 emakumek esan zuten ez zitzaizela MASA hobetu ez antisorgailu bidez, ez gogo-aldartearen hobetzeko farmakoekin (5. irudia).



5. irudia. Menstruazio aurreko sintomen hobekuntza farmako motaren arabera.

4.3.4. Beste tratamenduak

MAS diagnostikoa izan ala ez, menstruazio aurreko sintomak hobetzeko tratamendu ez-farmakologikoen (psikoterapia, ariketa fisikoa eta dieta) edota lehen lerrokoak ez diren beste tratamendu farmakologikoen inguruan galdetu zitzairen. Tratamendu horiek agindu zitzaizkiela erantzun zuten emakumeen kopurua 6. irudian ikus daiteke.



6. irudia. Menstruazioarekin batera agertzen diren edo menstruazio aurreko sintomen hobekuntzarako tratamendu ezberdinak agindu zitzaizen emakumeen kopurua.

5. EZTABAIDA

Menstruazioarekin erlazionatutako sintomak ia emakumeen % 80an agertzen direla estimatzen den arren, MASaren prebalentzia % 5,3 eta % 62,5 artean estimatzen da [8,9]. Izan ere, MASaren prebalentzia zehazterako orduan, ikerketen arteko ezberdintasuna oso nabaria da. Alde batetik, aztertutako lagin populazioa oso ezberdina da; herrialde eta adin tarte ezberdinek eta etnia eta kultura arteko desberdintasunek eragina dute MASEi buruz berri ematerako orduan. Bestetik, azterketa epidemiologikoak egiteko erabiltzen diren galdetegi eta metodoen arteko desberdintasunak ere gehiago zailtzen dute MASaren prebalentzia zehatza lortzea [16]. Gainera, MASaren benetazko prebalentzia estimatzea zaila da emakume asko haien kabuz tratatzen direlako, leku askotan eta herrialdearen arabera medikuarreta lortzea zaila izan daitekeelako, eta definizio eta diagnostikatzeko irizpide ezberdinak jarraitzen direlako [5], edota emakume askok MASak ez duela tratamendurik behar pentsatzen dutelako [4].

Gure inkestako datuen arabera, laginaren % 8ari MASa diagnostikatu izan zaio noizbait. Gure emaitza hurbilago dago Frantzia eta Japonian egindako estimazioekin (% 12,5 eta % 5,3, hurrenez hurren) [16, 28] Ekialde Hurbilean egindako ikerketekin baino (% 35,6tik % 62,5eraino doazenak) [3, 8]. Hala ere, diagnostikoa izan zuten emakumeen kopurua txikia izan arren, % 61ek noizbait egin zuen medikuarenean kontsulta menstruazioarekin batera agertzen diren sintoma fisiko zein psikikoengatik. Aipagarria da emakumeen sintomen inguruko pertzepzioa eta diagnostiko medikoaren arteko ezberdintasuna. Izan ere, Espainian burututako ikerketa berri batean [30], MASaren prebalentzia-datuak altuagoak izan ziren, horren kalkulurako menstruazio aurreko sintoma fisiko eta emozionalen inguruko galdetegi bat erabili zenean. Ikerketa horretan, % 93k sintoma fisikoak eta % 56k sintoma emozionalak zituela adierazi zuen, gure lanean

behatutako MAS diagnostikoaren datuetatik urrun. Kezkatzekoa litzateke, gure lanean behatutako sintomek eragindako kontsultaren eta diagnostikoaren arteko diferentzia lehen arretako medikuntzan dagoen gai honen inguruko informazio eskasiagatik gertatuko balitz. Aukera hori ez da alabaina gure inkestan aztertu.

SBISak lehen aukerazkotzat jotzen dira MASaren eta MADDaren tratamenduan. Menstruazio aurreko sintoma larriak tratatzeko depresioaren tratamendurako baino dosi baxuagoak erabiltzen dira, eta eragina azkarrago hasten da [10]. Hala ere, aztertutako populazioaren artean, MAS diagnostikoa izan zuten 9 emakumeetatik 2 emakumek soilik hartu zuten sertralina. Emakume batek diazepam hartzen zuela erantzun zuen. Hala ere, hirurek farmakoa hartzeko arrazoia «medikuak beste arrazoi batzuegatik agindua» izan zen, eta ez menstruazioarekin erlazionatutako sintomak tratatzeko.

Oro har, gogo-aldarteak hobetzeko farmakoak hartzeko arrazoia kasuen % 86an beste arrazoiak izan ziren. Soilik % 9an agindu ziren MASaren hobekuntzarako, nahiz eta emakume horiek MAS diagnostikorik ez zutela erantzuten zuten. Diagnostiko eta preskripzio farmakologikoaren helburuaren arteko kontraesan hori MASa diagnostikatzeko zailtasunekin erlazionatuta egon daiteke. Kasu gehienetan, gogo-aldarteak hobetzeko farmakoak menstruazioarekin erlazionatutako sintomak hobetzeko ez beste arrazoi batzuegatik preskribatu ziren. Farmako horien erabilera nagusia kontuan harturik, depresioaren eta antsietatearen tratamendurako preskribatu zirela iradoki daiteke. Gainera, soilik 5 emakumek adierazi zuten MASaren hobekuntza gogo-aldarteak hobetzeko farmakoei. Hala ere, gure populazioaren MASaren ezaugarriak ezezagunak izateak datu horien interpretazioa mugatzen du. Izan ere, gogo-aldartearen sintomak menstruazio aurreko sintoma larriak pairatzen dituzten emakumeengan dira ageriagoak, baina gure galdetegiak menstruazioarekin erlazionatutako sintoma fisiko edota psikikoengatik inguruan galdetzen zuten, larritasunari buruzko informaziorik gabe. Horren harira, psikofarmakoen inguruko pertzepzioa ikertu duen lan baten arabera, emakume askok antidepresiboak baztertzuten dituzte farmako psikiatrikoek duten pertzepzio negatiboagatik, eta nahiago dituzte beste aukera batzuk zite [7].

Orokorrean, aho bidezko antisorgailuak hartu zituzten emakumeen artean (populazio osoaren % 48), heren batek (% 33) hartu zituen MASa hobetzeko, eta erdiak gutxi gorabehera (% 51) beste arrazoi batzuegatik. Baina, MAS diagnostikoa zuten emakumeen artean, % 89k aho bidezko antisorgailuak hartu zituen inoiz. MASaren hobekuntzari buruz galdetzean, ordea, antisorgailuak hartu zituzten emakumeen artean % 58k erantzun zuten antisorgailuekin hobetu egin zirela sintoma horiek. Datu horien arabera, aho bidezko antisorgailuen erabilera handiagoa eta eraginkortasunarako pertzepzioa hobea izango litzateke gogo-aldarteak hobetzeko farma-

koekin baino. Arestian aipatu den moduan, erabilera eta eraginkortasuna aho bidezko antisorgailuekin hobe izatea galdetutako emakumeen sintomen ezaugarriengatik dela iradoki daiteke.

Beste tratamenduei buruz galdetu zitzaizenean, progesterona isolatuari buruz galdetzea erabaki zen, nahiz eta progestagenoak aho bidezko antisorgailuen osagai diren. Inkestako 10 emakumek esan zuten noizbait hartu zutela progesterona; kopuru hori progesteronak MASEan duen ebidentziagatik espero litekeena baino askoz altuagoa da. Erantzun horien atzetik, emakume batzuek progesteronaren eta aho bidezko antisorgailuen artean ez zutela bereizi pentsatuko genuke; galdera formulatzeko modua hobetu beharko litzateke. Gainera, ez zen administrazio-bideari buruz galdetu, eta ikerketek diote mihi-azpiko progesterona mikronizatua erabilia lortzen direla eragin onuragarriak [10].

Beste tratamendu ez-farmakologikoen inguruan galdetzean, psikoterapia, dieta eta ariketa fisikoaren inguruan galdetzea erabaki zen. Psikoterapia eta dietoterapiaren garrantzia frogatuta dagoen [2, 10, 27] arren, gure populazioan ez ziren bi horiek hainbeste agindu. Ariketa fisikoa, ordea, gehiago preskribatu zen; gure lagineko 24 emakumeri (lagin osoaren % 20) preskribatu diote noizbait. Hala ere, emakume kopuru hori urrun dago noizbait menstruazioarekin batera agertzen diren sintomengatik kontsulta egin duten emakumeen kopuru osotik (% 61). Tratamendu ez-farmakologikoen eraginkortasuna kontuan hartuta, horiek hainbeste ez erabiltzearen arrazoiak identifikatu beharko lirateke.

Fitoterapiaren preskripzioa zabalagoa zen; guztira fitoterapia eta onagra olio batuz gero, 17 emakumeri preskribatu zieten menstruazioarekin erlazionatutako sintomentzako tratamendu gisa (laginaren % 14). Zenbait ikerketek diote fitoterapia sintoma horien tratamendurako neurri onargarri eta eraginkorra dela, edota ohiko neurri terapeutikoen (antisorgailu konbinatuak edo SBIS) osagarri gisa [25, 29]. Burdin gehigarriek MASEan duten eragina ez da oso argia [25]. Hala ere, gure laginaren % 15ak burdin gehigarriak hartu ditu noizbait menstruazioarekin batera agertzen diren sintomen tratamenduan. Haatik, baliteke emakume horiek burdina beste arrazoi batzuegatik ere hartzea, adibidez, menstruazioarekin batera gerta daitezkeen gehiegizko odoljarioengatik.

Galdetegi honen bidez, MASaren eta menstruazio aurreko sintomen prebalentzia eta bere tratamendurako erabilitako farmakoen inguruko informazioa eskuratu genuen. Baina, emaitzak analizatzean, agerian gelditu ziren lagin-tamaina txikia eta galdetegiaren mugak ere, datuen interpretazioa mugatzen dutenak. Komenigarria litzateke sintomen ezaugarriak eta larritasuna ezagutzea, tratamendu farmakologiko edota fitoterapiaren deskribapen zehatzagoa baliogabeko erantzunak ez jasotzeko, edota beste tratamenduak (zink eta D bitamina, adibidez) kontuan hartzea.

6. ONDORIOAK

Lan honek gure inguruko emakumeen menstruazio aurreko sintoma eta bere tratamenduari buruzko datuak eskaintzen ditu. Izan ere, gure inguruan gai honi buruzko ikerketa-lan gutxi egin da; gehienak Ekialde Hurbileko herrialdeetan egin dira. Gure laginaren erantzunek argi uzten dute gure inguruko emakumeen ehuneko handi batek menstruazio aurreko sintomengatik egiten dutela kontsulta medikuarenean. Horren harira, interesgarria izango litzateke lehen arretako profesionalen MASaren inguruko ezagutza neurtzea, bai eta diagnostikatzeko baliabide estandarizatuak dituzten ezagutzea ere.

Bestalde, nahiz eta SBISak literaturaren arabera lehen aukerakoak izan, gure lagineko emakumeen sintomen tratamendurako aho bidezko antisor-gailuak dira gehien preskribatutako farmakoak, eta haien inguruko pertzepzioa askoz hobea da MASA hobetzerako orduan SBISekin konparatuz gero. Dieta eta ariketa fisikoa bezalako neurri terapeutiko ez-farmakologikoez duten eraginkortasuna eta kostu baxua oinarritzat hartuta, interesgarria litzateke beren erabilera sustatzea. Datuen arabera, fitoterapiaren erabilera zabala da, pazienteen onargarritasuna iradokitzen duena. Hala ere, fitoterapiaren eraginak ondo karakterizatu beharko lirateke preskripzio segurua egin ahal izateko.

ESKER ONAK

Artikulu hau Eusko Jaurlaritzako laguntzari esker (IT1512/22) burutu da.

BIBLIOGRAFIA

- [1] HOFMEISTER, S., eta BODDEN, S. 2016. «Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder». *American Family Physician*, **94**, 236-40.
- [2] SIMINIUC, R., eta TURCANU, D. 2023. «Impact of nutritional diet therapy on premenstrual syndrome». *Frontiers in Nutrition*, doi: 10.3389/fnut.2023.1079417
- [3] HASSAN, M., ABD, M., MONEM AMR, E., SALEH, M., MOGHANNUM, A. *et al.* 2010. «The phenomenology of premenstrual syndrome in female medical students: a cross sectional study». *Pan African Medical Journal*, **5**, 4.
- [4] ADIGÜZEL, H., TASKIN, E., eta DANAC, A. 2007. «The symptomatology and prevalence of symptoms of premenstrual syndrome in Manisa, Turkey». *Turkish Journal of Psychiatry*, **18**, 215-22.
- [5] TOLOSSA, F. W., eta BEKELE, M. L. 2014. «Prevalence, impacts and medical managements of premenstrual syndrome among female students: Cross-sec-

- tional study in college of health sciences, Mekelle University, Mekelle, Northern Ethiopia». *BMC Women's Health*, **14**, 52.
- [6] FATEMI, M., ALLAHADADIAN, M., eta BAHADORANI, M. 2019. «Comparison of serum level of some trace elements and vitamin D between patients with premenstrual syndrome and normal controls: A cross-sectional study». *International Journal of Reproductive BioMedicine*, doi. 10.18502/ijrm.v17i9.5100
 - [7] LETE, I., eta LAPUENTE, O. 2016. «Contraceptive options for women with premenstrual dysphoric disorder: current insights and a narrative review». *Open Access Journal of Contraception*, **7**, 117-125.
 - [8] YÜCEL, U., BİLGE, A., ORAN, N., ERSOY, M., GENÇDOĞA, B., eta ÖZVEREN, O. 2009. «The prevalence of premenstrual syndrome and its relationship with depression risk in adolescents». *Anatolian Journal of Psychiatry*, **10**, 55-61.
 - [9] TAKEDA, T., TASAKA, K., SAKATA, M. *et al.* 2006. «Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese women». *Archives of Women's Mental Health*, **9**, 209-212.
 - [10] CARLINI, S. V., DI SCALEA, T. L., MCNALLY, S., LESTER, J., eta DELIGIANNIDIS, K. 2022. «Management of premenstrual dysphoric disorder: A scoping review». *International Journal of Women's Health*, **14**, 1783-1801.
 - [11] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. American Psychiatric Association, Washington DC.
 - [12] MARJORIBANKS, J., BROWN, J. O'BRIEN, P. M. S., eta WYATT, K. 2013. «Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome». *Cochrane Database of Systematic Reviews* CD001396.
 - [13] STEINER, M., PEER, M., MACDOUGALL, M., eta HASKETT, R. 2011. «The premenstrual tension syndrome rating scales: An updated version». *Journal of Affective Disorders*, **135**, 82-88.
 - [14] DÓZSA-JUHÁSZ, O., MAKAI, A., PRÉMUSZ, V., ÁCS, P., eta HOCK, M. 2023. «Investigation of premenstrual syndrome in connection with physical activity, perceived stress level, and mental status—a cross-sectional study». *Frontiers in Public Health*, **11**, doi: 10.3389/fpubh.2023.1223787
 - [15] GEHLERT, S., CHANG, C. H., eta HARTLAGE, S. 1997. «Establishing the diagnostic validity of premenstrual dysphoric disorder using rasch analysis». *Journal of Outcome Measurement*, **1**, 2-18.
 - [16] POTTER, J., BOUYER, J., TRUSSELL, J., eta MOREAU, C. 2009. «Premenstrual syndrome prevalence and fluctuation over time: results from a French population-based survey». *Journal of Women's Health*, **18**, 31-39.
 - [17] HAGHIGHI, E. S., JAHROMI, M. K. eta DARYANO, O. F. 2015. «Relationship between cardiorespiratory fitness, habitual physical activity, body mass index and premenstrual symptoms in collegiate students». *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, **55**, 663-667.
 - [18] DILBAZ, B., eta AKSAN, A. 2021. «Premenstrual syndrome, a common but underrated entity: review of the clinical literature». *Journal of the Turkish-German Gynecological Association*, **22**, 139-148.

- [19] HAMMARBÄCK, S., BÄCKSTRÖM, T., HOLST, J., VON SCHOULTZ, B., eta LYRENÄS, S. 1985. «Cyclical mood changes as in the premenstrual tension syndrome during sequential estrogen-progestagen postmenopausal replacement therapy». *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, **64**, 393-397.
- [20] KUMAR, P., eta SHARMA, A. 2014. «Gonadotropin-releasing hormone analogs: understanding advantages and limitations». *Journal of Human Reproductive Sciences*, **7**, 170-174.
- [21] MENKES, D. B., TAGHAVI, E., MASON, P. A., eta HOWARD, R. C. 1993. «Fluoxetine's spectrum of action in premenstrual syndrome». *International Clinical Psychopharmacology*, **8**, 95-102.
- [22] ACIKGOZ, A., DAYI, A., eta BINBAY, T. 2017. «Prevalence of premenstrual syndrome and its relationship to depressive symptoms in first-year university students». *Saudi Medical Journal*, **38**, 1125-1131.
- [23] HOUGHTON, S., MANSON, J., WHITCOMB, B., HANKINSON, S., TROY, L., BIGELOW, C. *et al.* 2017. «Intake of dietary fat and fat subtypes and risk of premenstrual syndrome in the Nurses' Health Study II». *British Journal of Nutrition*, **118**, 849-857.
- [24] HOUGHTON, S., MANSON, J., WHITCOMB, B., HANKINSON, S., TROY, L., BIGELOW, C. *et al.* 2018. «Carbohydrate and fiber intake and the risk of premenstrual syndrome». *European Journal of Clinical Nutrition*, **72**, 861-870.
- [25] CHOCANO-BEDOYA, P. O., MANSON, J. E., HANKINSON, S. E., JOHNSON, S. R., CHASAN-TABER, L., RONNENBERG, A. G. *et al.* 2013. «Intake of selected minerals and risk of premenstrual syndrome». *American Journal of Epidemiology*, **177**, 1118-1127.
- [26] MCCABE, D., LISY, K., LOCKWOOD, C., eta COLBECK, M. 2017. «The impact of essential fatty acid, B vitamins, vitamin C, magnesium and zinc supplementation on stress levels in women: a systematic review». *Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, **15**, 402-453.
- [27] TAKEDA, T. 2022. «Premenstrual disorders: Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder». *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, **49**, 510-518.
- [28] WITTCHEN, H. U., BECKER, E., LIEB, R., eta KRAUSE, P. 2002. «Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community». *Psychological Medicine*, **32**, 119-132.
- [29] ALBACAR, G., SANS, T., MARTIN-SANTOS, R. *et al.* 2010. «An association between plasma ferritin concentrations measured 48 h after delivery and postpartum depression». *Journal of Affective Disorders*, **131**, 136-142.
- [30] FRANCO-ANTONIO, C., SANTANO-MOGENA, E., CORDOVILLA-GUARDIA, S. 2025. «Dysmenorrhea, Premenstrual Syndrome, and Lifestyle Habits in Young University Students in Spain: A Cross-Sectional Study». *Journal of Nursing Research*, **33**:p e374.